THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Mention Médecine*)

PAR

Mlle DROSSIO

Née à Sadovné, le 23 juillet 1886.

CONSIDÉRATIONS SUR LE DRAINAGE DANS LES LAPAROTOMIES EN GYNÉCOLOGIE

Président : M. PINARD, *Professeur.*

PARIS

JOUVE ET Cie

IMPRIMEURS ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Paratisologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS

S. POZZI, P. BAR, KIRMISSON, WIDAL

MESSIEURS LES DOCTEURS :

BARIÉ ET GUINARD

Avec l'expression de ma profonde reconnaissance

INTRODUCTION.

Durant le temps où nous avons eu l'honneur d'être l'élève de M. le professeur Pozzi, nous avons eu l'occasion de voir pratiquer un très grand nombre de laparotomies. Beaucoup d'entre elles avaient trait à de volumineuses tumeurs ou à des cas graves de suppurations pelviennes et il nous a semblé que les résultats favorables qui furent obtenus presque constamment étaient dûs, pour une part tout au moins, aux soins apportés à la péritonisation et à l'établissement d'un bon drainage. Disons tout de suite, afin de fixer les idées, que nous n'avons point l'intention d'écrire ici un plaidoyer pour le drainage et de soutenir qu'il doit être pratiqué systématiquement dans toute laparotomie. Une semblable doctrine apparaît comme insoutenable à notre époque de chirurgie exacte et aseptique. Il serait aussi mauvais de drainer toujours que de ne drainer jamais, ainsi que certains l'ait préconisé.

Nous nous sommes proposé dans cette courte étude critique, de rechercher, à la lumière des cas que nous avons pu observer, quelles étaient les indications et contre-indications du drainage et

quelle était la technique la plus propre à nous en assurer le maximum d'avantages et le minimum d'inconvénients.

C'est M. le docteur Bender qui nous a indiqué le sujet de notre thèse ; il a bien voulu nous en tracer les grandes lignes et nous a mis à même de vérifier pratiquement, par la clinique, la valeur des principes directeurs, en matière de drainage, qu'il tient de notre maître, M. Pozzi.

Nous n'avons point l'ambition d'édicter, en ce qui concerne l'indication du drainage, une règle absolue. Il suffit de parcourir quelques-unes des publications qui ont été consacrées à ce sujet pour se rendre compte de la divergence des opinions qui ont été soutenues par des chirurgiens d'égale valeur. Il n'est pas de question qui ait donné lieu à de plus âpres controverses. Et puis, la vérité d'aujourd'hui peut ne plus être celle de demain. Quel est le chirurgen, digne de ce nom, qui oserait aujourd'hui conseiller de drainer toujours et systématiquement après une hystérectomie facile et rapide pour un fibrome gros comme le poing? Et pourtant il n'est pas nécessaire de remonter très loin en arrière pour arriver à une époque où cette pratique était la règle et où elle était justifiée, il faut le dire, par l'insuffisance des moyens dont on disposait pour obtenir une asepsie suffisante.

Donc, sans la prétention d'édicter une loi, nous exposerons simplement une doctrine qui a fait ses preuves à nos yeux et dont la valeur nous paraît bien établie par les résultats obtenus.

Nous n'alourdirons pas ce travail par la reproducteur *in-extenso* des nombreuses observations qu'il

nous eût été facile de recopier dans les registres de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca. Ce serait une énumération banale et fastidieuse de faits presque toujours semblables. Nous ne retiendrons que ceux qui pourraient nous fournir, chemin faisant, un argument sérieux en faveur ou à l'encontre d'une opinion. Et, au surplus, quand il s'agit d'une question d'ordre général, comme celle qui fait l'objet de cette étude, il y a avantage à ne pas trop se perdre dans l'analyse des cas particuliers. Ce qui a de la valeur, c'est moins une observation heureuse ou malheureuse que l'impression générale qui se dégage d'une pratique, — longtemps prolongee, — d'une doctrine méthodiquement appliquée.

I

Indications et contre-indications du drainage dans les laparotomies en gynécologie.

L'histoire du drainage du péritoine après les laparotomies, commence avec Peaslee qui, en 1855, proposa, dans tous les cas où l'on redoutait la rétention d'un liquide (sang ou pus) de placer dans le vagin une sonde élastique qui pénétrait dans l'abdomen par une ouverture faite au cul-de-sac de Douglas.

En 1867, Koeberlé (2) proposa de drainer par la plaie abdominale avec un tube de verre perforé, et sa pratique fut adoptée particulièrement en Angleterre par Spencer Wells, Keith, Atlee, etc. — A ce moment, l'ovariotomie avait été déjà largement pratiquée; Spencer Wells, Nélaton, Péan, Nussbaum, Billroth, Terrier, n'avaient pas drainé leurs premières opérées et avaient eu des succès. Mais la gynécologie devenait de plus en plus audacieuse; les résultats ne répondaient pas toujours aux efforts déployés et on chercha — par le drainage — à les améliorer.

Marion Sims, en 1872, ayant remarqué que presque

---

(1). *Peaslee* (Ovarian Tumours., 1855, p. 509).
(2). *Koeberlé* (Gazette des hôpitaux, 1867).

toutes les morts, après la laparotomie, étaient dues à la septicémie et que, dans ces cas, on trouvait toujours à l'autopsie un exsudat dans le péritoine, conseilla de drainer systématiquement par le vagin dans toutes les laparotomies, afin d'assurer l'écoulement des liquides. Cette pratique du drainage prophylactique fut adoptée par Nussbaum, Olshausen et à leur suite, par la plupart des chirurgiens allemands. Bardenheuer s'en montrait un partisan convaincu ; il avait proposé de drainer par le vagin et de tendre dans le petit bassin un filet de catgut, afin de maintenir les anses intestinales au-dessus et à distance de l'espace drainé.

A. Martin, dès ce moment, s'éleva contre le drainage prophylactique. — Il préférait, quant à lui, le drainage abdominal, et c'est cette dernière voie qui fut, dès lors, le plus habituellement pratiquée, surtout après les publications, de Kehrer et de Mikulicz. Pendant un temps, on draina beaucoup, à tous propos, puis, les inconvénients de ce drainage systématique paraissant dépasser ses avantages, une certaine réaction commença à se dessiner ; dans tous les pays, une tendance se fit jour à restreindre les indications du drainage, ou pour être plus exact, à préciser ces indications qui, jusque-là, n'avaient guère été discutées.

Dès 1888, M. Pozzi disait à la Société de chirurgie : « Je crois devoir le répéter, pour qu'il n'y ait pas d'équivoque : le drainage, après les laparotomies en général, et surtout après l'ovariotomie, doit constituer une très grande exception. » A la même époque, Bouilly publiait 37 observations de la parotomie pour affections adverses, dans lesquelles il n'avait drainé que 5 fois. Terril-

lon, Nicaise, se rangeaient à l'opinion de M. Pozzi. M. Segond, au contraire, demeurait à cette époque, un fervent partisan du drainage. Pendant un temps encore sur la question, les esprits demeurèrent un peu hésitants, certains chirurgiens drainant pour ainsi dire toujours, d'autres, plus audacieux, restreignant de plus en plus les indications du drainage et montrant, par leurs résultats, que cette voie était la bonne. Et cette évolution va s'accentuant de jour en jour ainsi qu'en témoignent la thèse de Berruyer (1), inspirée par Jayle, la thèse de Vergne (2), inspirée par Poncet, le mémoire récent de Violet (3) qui réflète les idées de M. Pollosson.

En Allemagne, une tendance analogue s'était manifestée, plus exclusive même qu'en France, et une discussion des plus importantes eut lieu en 1902, à la Société de gynécologie de Berlin, à la suite d'une retentissante communication de Olshausen (4). Pour ce dernier auteur, le drainage ne reconnaît pour ainsi dire aucune indication; ce n'est dit-il « qu'une raillerie de notre asepsie » et il cite, à l'appui de son opinion, une statistique de 1.555 laparotomies pratiquées dans l'espace de 1896 à 1902, et dans lesquelles il ne draîna que 7 fois, 4 fois par le ventre et trois fois par le vagin. Bröse, Czempin se rallièrent formellement à à la théorie d'Olshausen; Hofmeier, Doederlein.

---

(1). *Berruyer*, thèse à Paris, 1901.
(2). *Vergne*, thèse de Lyon, 1897.
(3). *Violet*, Annales de gynecologie et d'obstetrique, 1906, p. 513 et 594.
(4). *Olshausen*, Wider die Drainage. (Zeitschruft fur Gib. und Gyn. 1903, Bd· 48).

Fehling, Gottschalk, Sippel, Kustner, montrèrent un peu plus de réserve. Ils s'opposaient à tout drainage prophylactique, et cela d'une manière catégorique, mais ils déclaraient demeurer partisans du drainage, dans le cas où le péritoine avait été souillé par le pus et quand, par suite de la dilacération d'adhérences, il avait été impossible de faire une bonne péritonisation et une hémostase complète.

En Amérique, aussi, les idées avaient subi la même évolution. — C'est Kelly qui se montre l'adversaire le plus résolu du drainage qu'il combat dans les publications de son élève Clark (1) puis dans son Traité de gynécologie (2), et à la Société de gynécologie de New-York (3). Il est suivi par H. Robb (4), Price (5) Dudley, et Taylor (6) par un très grand nombre de chirurgiens américains.

Telle est, rapidement retracée, l'évolution générale des idées en matières de drainage. On peut dire que, à l'heure actuelle, tout drainage systématique et prophylactique est universellement proscrit, et c'est du reste une évolution toute normale, en raison des pro-

---

(1). *Clark*. — A critical review of seventeen hundred cases of abdominal section from the standpoint of intra-péritonéal drainage. (American Journ. of obstetrics, 1897, vol. 35, p. 431-507 et 650-684).

(2). *Kelly* (H. A.). — Opérative gynecology, 2e éd. 1907, vol. II, p. 33.

(3). Société de gynécologie de New-York 1901.

(4). *H. Robb*. — The advantages and disavantages of drainaagefter abdominal operation. (Anews of Gynec. and ped., 1901, vol. XIV. p. 860.

(5). *Price*. — General consideration on drainage in abdominal and pelvis Surgery. (American Journ of obstetrics, nov. 1902)

(6). *Taylor*. — Peritoneal drainage. (American Journ. of Obst., 1904, vol. 49 nº 6).

grès incessants de la technique chirurgicale et de la sûreté de plus en plus grande avec laquelle nous opérons. Le drainage apparaît à nos yeux comme une méthode de nécessité et d'exception, dont on doit s'astreindre à réduire de plus en plus les indications.

Ces indications, quelles sont-elles, quelle est leur valeur relative, dans quels cas prennent-elles un caractère impérieux ; c'est ce que nous allons maintenant. étudier (1).

M. Delbet, (2) en 1890, a réuni en 9 groupes, les indications du drainage qui ont été formulées par les divers auteurs. Ce sont ;

1° La durée de l'opération.

2° Les adhérences étendues.

3° Les hémorragies.

4° Les déchirures ou pertes de substances du péritoine.

5° La présence de tissus morbides ou septiques.

6° La rupture dans le péritoine de foyers septiques.

7° La déchirure de l'intestin.

8° La péritonite.

9° L'ascite.

Le nombre de ces propositions nous semble pouvoir être facilement réduit. Il n'est plus personne qui puisse considérer comme motif à drainer la durée d'une intervention.

---

(1) Nous ne nous étendrons pas ici sur la physiologie normale et pathologique de la séreuse péritonéale, qui a été très complètement étudiée dans ces dernières années. Nous renvoyons pour ce qui concerne cette question au travail de Nolet, cité plus haut.

(2) *P. Delbet.* Annales de Gynécologie, 1890. Congrès français de chirurgte 1896.

Avec une bonne asepsie, une opération peut durer assez longtemps sans faire courir trop de risques au malade : la chirurgie gastro-intestinale nous en fournit des exemples quotidiens. Quant aux adhérences, aux déchirures du péritoine, à la présence de tissus morbides ou septiques, ce sont des faits absolument connexes et qu'il vaut mieux envisager ensemble.

Il nous paraît plus simple et plus clinique de dire avec Violet, que l'indication du drainage se pose dans deux circonstances, à savoir : quand on laisse dansle ventre quelque chose qui peut être : 1° *Le point de départ d'une hémorragie ;* 2° *Une cause possible d'infection.*

Envisageons d'abord le premier point : les hémorragies. Il ne peut s'agir évidemment, comme le faisait déjà remarquer M. Delbet, que des hémorragies en nappe, dues à la rupture d'adhérences, à la déchirure ou à l'excoriation de la séreuse péritonéale — et dont on ne peut se rendre maître ni par la cautérisation au thermo, ni par le tamponnement. Il faut reconnaître que, avec le perfectionnement de la technique, ces cas deviennent de plus en plus rares. Autrefois, lorsqu'on enlevait un fibrome ou un kyste intraligamentaire, on drainait la vaste excavation ainsi creusée, et toujours suintante; on sait aujourd'hui qu'il suffit de quelques points de capitonnage pour détruire l'espace mort, assurer l'hémostase et permettre une guérison par première intention. Lorsque l'on a des pertes de substances péritonéales étendues, on peut souvent en ramenant les lambeaux épars, en les mobilisant au besoin, arriver à recouvrir complètement

les surfaces cruentées. C'est affaire d'un peu d'habitude et de soin. Mais cependant, il y a des cas, où, malgré tout ce que l'on pourra faire, le suintement persiste, peu abondant à la vérité, mais suffisant toutefois pour amener l'accumulation dans le Douglas d'une certaine quantité de liquide séro-hématique.

Ce n'est pas de l'hémorragie en elle-même qu'il y a lieu de se préoccuper; elle est trop peu abondante pour être dangereuse et elle se tarira d'elle-même au bout de quelques heures. Mais on peut, à bon droit, s'inquiéter d'abandonner ainsi dans un péritoine refermé, une certaine quantité de sang qui peut s'infecter et devenir ainsi le point de départ d'accidents graves. On a dit, il est vrai, et Violet l'a répété, qu'il était sans importance de laisser du sang dans le péritoine, après une opération aseptique; on cite l'exemple des hématocèles qui guérissent et se résorbent par expectation simple, sans opération — c'est entendu. Mais c'est assez rarement après une opération aseptique, l'ablation d'un fibrome enclavé par exemple, qu'on aura de ces suintements tenaces; on pourra presque toujours dans ce cas, obtenir une hémostate complète. Il s'agira presque toujours d'une salpingite très adhérente, d'un vieux foyer d'hématocèle dont l'asepsie est possible, mais au moins douteuse.

Or le drainage capillaire de courte durée, pendant quarante-huit heures tout au plus, évacue certainement l'épanchement sanguin; il supprime le bouillon de culture dans lequel les organismes pathogènes pourraient facilement se développer; il ne retarde pas ou ne retarde qu'inappréciablement la guérison. Il

nous paraît que, en pareille circonstance, la sécurité que donne le drainage, ne serait-ce qu'à la conscience du chirurgien, vaut bien qu'on passe sur ses inconvénients légers, — et nous le considérons comme formellement indiqué.

Arrivons maintenant à notre deuxième point de vue, c'est-à-dire à l'abandon dans le ventre de quelque chose qui peut être une cause d'infection.

Ces craintes d'infections peuvent provenir, dit Violet :

1° De liquides d'infectiosité nulle par leur propre nature, mais douteuse par le fait qu'ils sont épanchés depuis longtemps au contact des intestins et dont l'abondance rend leur ablation complète impossible ;

2° Du pus ou des matières infectieuses qui se sont déversées sur le champ opératoire ou dans le pelvis au cours de l'intervention ;

3° Des surfaces dépéritonisées ou infectieuses qui sont restées dans le ventre ;

4° De blessures de la vessie ou de l'intestin qui peuvent laisser filtrer secondairement leur contenu ;

L'existence d'un épanchement ascitique ou d'une certaine quantité ce sang (inondation péritonéale ou hématocèle enkystée) est considérée par beaucoup de chirurgiens comme une indication formelle de drainer. Cette indication ne nous paraît pas impérieuse, bien au contraire, mais à la condition que l'opération ait pu être conduite avec une asepsie parfaite et qu'on ait pu enlever la totalité ou la presque totalité du liquide — on devra à ce point de vue, lorsqu'on aura opéré en position déclive, redresser les malades avant de refermer le ventre et éponger avec soin les liquides

qui s'écouleront des parties supérieures de l'abdomen. Lorsque, pour une raison ou pour une autre, ce nettoyage n'aura pu être complet, il vaudra mieux drainer, quitte à supprimer ce drainage au bout de 24 ou de 48 heures si, en changeant le premier pansement, on ne l'a pas trouvé souillé — c'est la pratique que nous avons vu suivre à l'hôpital Broca, et il nous a paru que les malades en avaient nettement bénéficié.

Lorsqu'en opérant une salpingite suppurée, par exemple, on a déchiré la poche, on ouvre un abcès péri-tubaire et que du pus s'écoule dans le pelvis, il convient de drainer, de l'avis de la plupart des auteurs. On sait très bien que, lorsque les anses intestinales sont bien protégées, lorsque surtout on a affaire à une annexite bien refroidie dont le pus a vu sa virulence diminuer au point de presque disparaître, cet incident n'offre pas, au point de vue de la guérison en elle-même, un très grand danger. Autrefois, on lavait en pareil cas le péritoine à grand renfort de sérum : aujourd'hui, on se contente de bien assécher le pelvis, d'enlever prudemment les compresses souillées, en prenant garde de ne pas toucher l'incision abdominale, et de draîner avec une ou deux mèches ou avec un tube, voire avec les deux. Et les résultats sont généralement bons. Ils sont si régulièrement bons, même, que certains auteurs discutent l'utilité du drainage dans les annexites suppurées avec périmétrite, à l'exception de quelques cas particulièrement graves de salpingites putrides.

Olshausen, lui, ne draine jamais. Sur 1.555 laparotomies pratiquées en 6 ans, il a eu 56 cas de suppu-

rations pelviennes dans lesquelles tout autre que lui aurait drainé. Il a eu 9 morts : il dit, il est vrai, que ces cas étaient très graves, et que les malades auraient succombé probablement, même si elles avaient été drainées. C'est possible, mais rien ne le prouve.

Pollosson se montre aussi partisan du non-drainage. Dans le travail de Violet, auquel nous avons déjà fait allusion, il rapporte 47 cas de suppurations pelviennes traitées par la castration totale ou par des méthodes plus conservatrices sans aucun décès et sans avoir eu à regretter de n'avoir pas drainé. Zweifel, Fehling, Fritsch ont une tendance analogue.

Évidemment, ce qui domine la question, c'est la septicité ou la non-septicité du pus épanché. On sait bien que les suppurations pelviennes d'origine puerpérale sont beaucoup plus longtemps et plus fortement septiques que les suppurations gonococciques. Mais cela ne fournit qu'une indication assez vague et à laquelle on ne peut sûrement se fier. Schauta a conseillé, dans les cas analogues, de pratiquer séance tenante l'examen bactériologique du pus, le résultat de l'examen au microscope devant juger de l'utilité ou de l'inutilité du drainage. Quand on ne trouve pas de microbes, et seulement quelques rares globules de pus, mal colorables, c'est qu'il s'agit d'une suppuration ancienne, sans danger, et le drainage est inutile. Au contraire si l'on trouve des globules blancs nombreux, se colorant fortement, si la flore microbienne est abondante, c'est que l'infection n'est pas encore éteinte et il est préférable de laisser un drainage. Le procédé est recommandable, mais malheureusement, il n'est pas toujours facile à appliquer.

Pour notre part, le moyen de restreindre au maximum le drainage dans les cas de suppurations pelviennes consiste surtout à attendre, pour opérer, le refroidissement complet; cela doit être une règle. On n'opèrera que lorsque la température sera redevenue normale, lorsque l'examen aura démontré que les lésions de pelvi-péritonite ne semblent pas pouvoir rétrocéder davantage. On aura toutes chances alors de pouvoir faire une opération correcte, sans déchirure intempestive des trompes, et alors il sera superflu de drainer. Évidemment, ce desideratum ne sera point toujours atteint; il y aura des suppurations pelviennes que l'on ne pourra pas refroidir complètement et qu'il faudra opérer à tiède, si l'on peut dire. D'autre part, même dans une annexite bien refroidie, des abcès péri-tubaires auront pu persister que l'on ouvrira forcément et dont le contenu pourra venir souiller le champ opératoire. Dans ces cas, il vaut mieux, à notre sens, laisser une soupape de sûreté, un drainage; c'est une précaution de plus et, en matière de vie humaine, on n'en saurait prendre trop.

Arrivons au troisième point que nous avons à discuter : l'abandon dans le ventre de surfaces dépéritonisées ou infectieuses est-il une indication du drainage? Ici, il faut encore distinguer. Avant toutes choses, il faudra éviter la persistance d'espaces morts et pour cela un capitonnage bien fait est infiniment supérieur au drainage le meilleur. Quant aux surfaces dépéritonisées, au cours d'une opération aseptique, de deux choses l'une, ou bien elles saignent et alors nous retombons dans l'indication du drainage tirée de l'hémorragie en nappe, ou bien elles ne

saignent pas, et alors elles sont sans danger. On les réduit le plus possible par la suture et on abandonne ce qui reste cela n'a pas d'inconvénient.

Mais quand l'opération achevée, le pelvis reste tapissé de fausses membranes, de débris de poches annexielles qu'il est impossible d'extirper, nous ne voyons qu'inconvénient et danger à laisser inclus dans l'abdomen ces germes d'infection. Tout cela va suinter abondamment; ce suintement sera toujours septique, plus ou moins, et nous voyons un avantage certain à assurer l'écoulement au dehors de ces exsudats et l'isolement aussi complet que possible de la cavité pelvienne cruentée d'avec la grande cavité péritonéale. C'est à ces cas que convient particulièrement, comme nous le verrons plus loin, le drainage vaginal avec cloisonnement du bassin après hystérectomie totale.

Il nous reste, pour en avoir fini avec les indications du drainage, à examiner celles qui peuvent provenir d'une blessure de la vessie ou de l'intestin.

Pour ce qui est de la vessie, la chose est toute simple. Toute plaie vésicale sera immédiatement réunie par une suture soigneuse et, dans ce cas, ce n'est pas le péritoine qu'il convient de drainer, mais la vessie elle-même, au moyen d'une sonde à demeure et pour éviter qu'une distension intempestive par l'urine ne vienne compromettre la cicatrisation.

Pour les blessures de l'intestin, la question est un peu plus embarrassante à résoudre. Lorsqu'il s'agit d'une petite plaie accidentelle, ayant porté en tissu sain, il suffira de la suturer avec soin et le drainage, dans ce cas, ne donnera pas une garantie de

succès plus grande. Mais la blessure a pu porter en un point où l'intestin adhérait à une masse annexielle, et sa paroi a été altérée ; dans ce cas la réparation est moins parfaite, la suture moins étanche. Souvent, l'intestin n'est pas ouvert, mais sa paroi est éraillée, et l'on peut craindre la formation ultérieure d'une fistule. Tous ceux qui ont pratiqué des laparotomies pour annexites graves, savent combien, dans ce cas, la paroi intestinale est friable et combien il est difficile, sinon impossible, d'y faire une bonne suture. Nous pensons qu'alors il vaut mieux, au point de vue de la malade, prévoir l'hypothèse d'une perforation secondaire de l'intestin et y parer d'avance, que de refermer le ventre en accordant trop de confiance à l'action plastique du péritoine. Il faut isoler, par des mèches bien placées, la portion traumatisée de l'intestin, qui, dans l'espèce, sera presque toujours la partie basse du rectum et ouvrir une issue au dehors à l'écoulement stercoral, s'il vient à se produire.

Telles sont, au cours d'une laparotomie pratiquée pour une affection utéro-annexuelle, les diverses circonstances dans lesquelles le drainage peut être indiqué. Nous allons étudier maintenant quels sont les moyens propres à nous permettre de réaliser ce drainage dans les meilleures conditions.

II

Technique du drainage dans les laparotomies en gynécologie.

Lorsque, après avoir terminé une laparotomie simple ou une hystérectomie abdominale, on se trouve en présence d'une indication formelle à établir un drainage, on a le choix entre trois procédés qui sont : le *drainage vaginal*, le *drainage abdominal* et enfin le *drainage mixte, abdominal et vaginal.*

A. — Établissement du drainage.

1° ***Drainage vaginal.*** — Ce procédé, qui est le premier en date (Peaslee, 1853) et qui a conservé encore d'ardents partisans, doit être envisagé à un double point de vue. Il s'impose, en effet, lorsqu'on a pratiqué une hystérectomie totale et que le vagin, largement béant, offre un écoulement facile aux sérosités accumulées dans le Douglas. On concevait difficilement une conduite consistant à fermer le

vagin et à drainer ensuite par la voie haute. Mais, lorsqu'on a fait une simple ovariotomie ou bien une hystérectomie subtotale, l'emploi du drainage vaginal devient beaucoup plus discutable et pour notre part, nous préférons dans ce cas, le drainage abdominal.

Quoi qu'il en soit, qu'il se fasse à travers une brèche de la paroi postérieure du vagin ou à travers la lumière béante du canal vaginal sectionné, ce drainage est extrêmement facile à réaliser. On peut le faire soit avec un tube de caoutchouc, soit avec une mèche de gaze. Notre maître, M. Pozzi, draine toujours avec une mèche de gaze qu'il introduit dans le conduit vaginal après en avoir bordé la tranche de section avec un surjet de catgut. Il conseille d'employer la gaze iodoformée qui constitue un milieu moins favorable aux infections secondaires.

Lorsqu'on fait un drainage vaginal après une hystérectomie totale, on doit, avant d'introduire la mèche, vérifier avec soin le niveau auquel a porté la section du vagin relativement au fond du cul-de-sac de Douglas. Quand il s'agit d'une hystérectomie pour cancer, dans laquelle on aura nécessairement extirpé une portion du vagin aussi longue que possible, on n'a guère à se préoccuper de ce point de vue, car on a généralement atteint l'extrême fond du Douglas. Mais lorsqu'il s'agit d'une annexite ou d'un fibrome, en vertu de cette règle que les délabrements doivent se borner toujours au strict nécessaire, on se sera tenu au ras du col. Dans ces conditions, il arrive souvent que le cul-de-sac de Douglas forme en arrière du vagin une cavité profonde dans laquelle les liquides

s'accumuleront jusqu'à ce qu'ils atteignent un niveau suffisant pour refluer au-dessus de la tranche postérieure du vagin. De toute manière, il persistera toujours dans ce bas-fond un résidu stagnant, qui constituera un excellent milieu de culture pour les infections secondaires. C'est un inconvénient auquel il importe de remédier, car dans ces conditions, le drainage vaginal perd tous les avantages de sa situation déclive et devient inférieur au drainage abdominal. Rien n'est d'ailleurs plus facile : il suffira, lorsque le Douglas est profond, de faire une incision verticale et médiane sur la paroi postérieure du vagin et de glisser l'extrémité supérieure de la mèche entre les deux lèvres de l'incision; on peut être certain que de cette manière, le pelvis sera constamment et sûrement asséché.

Cette pratique, ancienne ainsi que nous l'avons dit, a été perfectionnée dans le cours des dernières années. On s'est préoccupé en effet, à juste titre, d'éviter de laisser une communication ouverte entre la cavité péritonéale et le vagin. On a cherché à faire une péritonisation aussi complète que possible.

A ce point de vue, deux cas peuvent se présenter. Supposons d'abord qu'il s'agisse d'une hystérectomie pour fibrome ou pour cancer, c'est-à-dire d'une opération réglée, dans laquelle on aura pu, dans la grande majorité des cas, tout au moins, faire une reconstitution à peu près parfaite du péritoine pelvien. Ce qu'il importe de drainer, dans ce cas, ce n'est pas la cavité péritonéale qui n'a pas été souillée, c'est la tranche de section des ligaments larges, des ligaments utéro-sacrés, du vagin. C'est à ce niveau que, quelque soigneuse qu'ait pu être l'hémostase, se fera un écou-

lement séro sanguin. Il est d'une bonne pratique de fermer le péritoine au-dessus de la mèche, en suturant la tranche de suture du cul de sac vésico-utérin avec la séreuse de la face antérieure et des parties latérales du rectum, à l'aide de quelques points de catgut. C'est une méthode élégante de réaliser la fermeture de la cavité abdominale, tout en conservant les bénéfices du drainage, par la voie basse, de l'espace sous-péritonéal.

Mais malheureusement les circonstances ne sont pas toujours aussi favorables. Bien souvent, particulièrement lorsqu'il s'agira de gros pyosalpinx avec pelvi-péritonite étendue et de larges adhérences, on trouvera, l'opération terminée, un pelvis cruenté, dont la séreuse déchiquetée ne pourra être reconstituée que très partiellement, laissant à découvert de grandes surfaces saignantes qui suinteront abondamment dans les jours qui suivront l'opération. Dans ces cas encore, on pourra, par un procédé à la vérité un peu plus compliqué, isoler toute cette région avivée, souvent souillée de pus au cours de l'acte opératoire, de la grande cavité péritonéale. Il suffira de faire ce que l'on a appelé le *cloisonnement du bassin*. — Dans ce but, on réunira, soit par une suture continue au catgut fin, soit par des points séparés, le péritoine vésico-utérin à l'anse sigmoïde et au détroit supérieur. L'S iliaque et son méso formeront ainsi une sorte de dôme fermant en haut l'excavation pelvienne et l'isolant parfaitement de la grande cavité péritonéale. Celle-ci sera drainée avec une mèche qu'on laissera s'épanouir un peu au-dessus de l'orifice vaginal et qui boira facilement les exsudats.

Dans un travail tout récent, M. Chaput (1), a proposé de laisser le vagin ouvert au fond du bassin et de l'utiliser comme drain, sans y placer ni tube ni mèche. On fait ensuite, très soigneusement, un cloisonnement du bassin. M. Chaput dit avoir été très satisfait de cette pratique. Nous ne l'avons pas vue expérimenter et nous ne pouvons, en conséquence, nous faire une idée exacte de sa valeur.

Lorsqu'on voit pratiquer, pour la première fois, un cloisonnement du bassin, on ne peut se défendre d'une certaine crainte, en ce qui concerne la gêne qui semble devoir en résulter pour le fonctionnement de l'intestin, dont il importe pourtant d'assurer l'évacuation dans les jours qui suivront l'opération. Et cependant les résultats se sont montrés très favorables; nous avons vu appliquer ce procédé par M. Bender dans une vingtaine de cas d'annexité ou de cancer du col, sans qu'il en soit résulté le moindre incident. C'est donc une méthode que l'on peut recommander et qui semble réaliser un très réel progrès.

2° Drainage abdominal. — Nous considérons, et nous le disons ici d'une façon très catégorique, que le drainage vaginal ne doit être employé que lorsqu'on a fait l'hystérectomie totale. Dans tous les autres cas, lorsqu'on devra drainer, il faudra le faire par la voie haute. Ces cas sont les plus nombreux qu'il nous ait été donné d'observer, car M. Pozzi et ses élèves sont

(1). *Chaput.* — De l'utilisation du conduit vaginal en guise de drain après l'histeractomie totale. (Drainage vaginal sans tube). (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1910, Tome XIV, n° 1, p. 1).

partisans de la subtotale qu'ils pratiquent de préférence et pour des raisons que nous n'avons pas à discuter ici.

C'est Koeberlé (1) qui, nous l'avons dit plus haut, préconisa le drainage du ventre par la plaie abdominale, au moyen d'un tube de verre perforé. Dès cette époque, il avait eu l'idée de remplir le tube avec de l'ouate phéniquée pour absorber les exsudats, mais c'est surtout Hegar qui eut le mérite d'utiliser la capillarité pour le drainage abdominal. Sa méthode fut décrite en premier lieu par Kaltenbach (2), et l'année suivante par lui-même (3). Il se servait d'un gros tube de verre de Koeberlé qu'il remplissait dans les premiers temps d'ouate phéniquée et plus tard de gaze iodoformée. Ces substances destinées à absorber par capillarité les liquides contenus dans l'abdomen étaient renouvelées, après l'opération, aussi souvent qu'il paraissait nécessaire, d'abord toutes les heures, puis toutes les deux heures, puis toutes les quatre heures, etc.

La même année, Kehrer (4) proposa l'emploi de mèches de coton de la grosseur du petit doigt, analogues à celles dont on se sert pour les lampes à alcool, et qu'il désinfectait par l'ébullition dans de l'eau phéniquée à 5 p. 100. L'usage de ces mèches s'est beaucoup répandu, et nombre d'auteurs les pré-

---

(1). *Kœberlé*. (Gazette des hôpitaux. 1867).
(2). *Kaltenbach*. Naturforschewersammlung zu Salzburg, 1881).
(3) *Hegar*. (Centralb. fut Gynäkologie, 1882, n° 7).
(4). *Kehrer*. Centralbalt fü Gyn. 1882. p. 36.

fèrent encore à la gaze. D'autres auteurs, Terrier, en particulier, préconisaient le drainage avec un tube de caoutchouc.

C'est, en 1884, que Mikulicz décrivit le procédé qui a conservé son nom et qui a été employé à sa suite par un grand nombre de chirurgiens. Il serait superflu de décrire ici ce procédé qui est connu de tous. Rappelons seulement que c'est non pas seulement un drainage, mais encore et surtout un tamponnement de la cavité pelvienne. Mikulicz se proposait de réaliser à la fois l'antisepsie, l'hémostase et l'isolement d'une portion de la cavité abdominale. Il conseillait d'employer sa méthode quand on se trouvait en présence de vastes clapiers dont il eût été dangereux de refermer les bords. Il voulait isoler le clapier, le rendre extra-péritonéal à la faveur des adhérences qui se forment rapidement autour du sac de gaze.

C'est M. Pozzi (2) qui introduisit en France, en 1888, le procédé de Mikuliez, qu'il modifia un peu, conseillant de placer, au milieu des mèches qui remplissent le sac, un gros drain de caoutchouc « qui sert pour ainsi dire de centre au tamponnement et qui met à l'abri de toute rétention, au-dessous de lui, du liquide trop épais pour filtrer à travers la gaze ».

Tel est le procédé célèbre qui, malgré quelques résistances au début, fut généralement accepté en France et qui, on doit le reconnaître, a contribué à sauver bien des vies. Ce procédé avait évidemment

---

(1). *Mikulicz.* Archiv. fü Klin. Chir.,1881, Bd. 26, p. 111 et Berliner Klin Wochenschr, 1884, p. 362.

(2). *Pozzi.* Traité de Gynéologie, Soc. de chirurgie 1888,p. 205.

l'inconvénient de laisser une large ouverture abdominale, qui favorisait les éventrations; il nécessitait une série de pansements très douloureux et, depuis que nous avons appris à faire, dans toute laparotomie, une péritonisation soigneuse, il a beaucoup perdu de sa valeur. Mais, il trouvera encore, bien qu'exceptionnellement son application dans quelques cas graves de périmétro-salpingite, lorsque le pelvis excorié saigne en nappe et que l'état de la malade commande d'abréger autant que possible la durée de l'opération.

Actuellement, et d'une manière générale, le drainage abdominal, lorsqu'il sera indiqué, devra être réalisé avec des procédés plus simples. Ceux-ci doivent tendre à ce double désidératum: réaliser une bonne évacuation des liquides, en exposant le moins possible le malade à l'éventration. Parmi les nombreux matériaux proposés, la gaze et le drain sont à peu près seuls employés. Certains chirurgiens utilisent encore et recommandent même l'ancien tube de verre de Kœberlé ; Delagénière (1) a préconisé un tube de nickel percé de trous dans sa moitié inférieure ; mais on peut dire que la grande majorité des chirurgiens n'emploient que le tube de caoutchouc, qui offre d'incontestables avantages. Ce tube devra être au moins de la grosseur du pouce ; il faut se servir de drains moulés dont l'extrémité et les orifices latéraux sont émoussés, arrondis, et par suite moins offensifs pour les anses intestinales. Le tube est placé au fond du Douglas et repoussé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale

(1) *Delagénière* (Soc. de Chirurgie. 1898).
(2). P. *Delbet* (annales de gynécologie 1890).

où il est fixé soit par un point de suture, soit par une épingle anglaise.

Le tube de caoutchouc, employé seul, est un procédé de drainage médiocre ; il est incapable d'assurer facilement l'écoulement des liquides accumulés dans le péritoine. Les objections qu'on peut faire au drainage tubulaire ont été clairement exposées par Delbet, en 1890. Cet auteur ayant introduit dans la cavité péritonéale d'un chien une certaine quantité de liquide, puis placé un drain au niveau de la plaie abdominale, fut surpris de voir que le liquide ne ressortait pas par le drain ou du moins ne ressortait qu'en petite quantité. L'augmentation de la pression abdominale par pressions extérieures et l'introduction même d'une nouvelle quantité de liquide demeuraient sans effet. Ces résultats furent constants dans une série d'expériences. Delbet démontra que, dès quarante-huit heures après l'opération, le drain était entièrement séquestré, isolé de la grande cavité péritonéale. Les anses intestinales s'étaient agglutinées autour de lui ; des adhérences les avaient cimentées, comblant les orifices, et le drain ne drainait plus que le mince canal l'environnant.

C'est pour remédier à ces inconvénients que la plupart des chirurgiens associèrent au tube des mèches de gaze. Cette pratique a été, en particulier, préconisée par M. Walther, dans la thèse de Pamard (1).

La gaze aseptique, stérilisée à l'autoclave, nous paraît être de tous les matériaux de drainage, le meil-

(1). *Pamard*. Thèse de Paris 1902.

leur et le plus sûr. L'un de ses principaux avantages est son *action cloisonnante*. A son contact, des adhérences plastiques se font avec une grande rapidité, formant une sorte de barrière entre le péritoine et la cavité à drainer, dont l'exclusion se trouve ainsi réalisée. La gaze, d'autre part, draine par capillarité — et cela d'une façon très efficace. On peut s'en rendre compte en voyant la manière dont est imbibé, après 24 heures, un pansement de laparotomie. La gaze, enfin, est hémostatique et suffit à arrêter, par simple contact et sans pression, les suintements des surfaces de décortication.

C'est ce drainage capillaire, à la gaze stérilisée, que nous avons vu employer avec d'excellents résultats. On place, suivant les cas, une, deux ou trois mèches accolées, dont l'extrémité profonde est soigneusement établée sur les surfaces cruentées. Dans certains cas particulièrement septiques, ou bien quand la cavité péritonéale contenait beaucoup de liquide aseitique ou de sang (hématocèle), on se trouvera bien d'y joindre un tube de caoutchouc qu'on placera dans l'angle inférieur de la plaie de manière à ce qu'il puisse recueillir et drainer les liquides collectés dans la cavité limitée par les mèches de gaze.

3° ***Drainage mixte, abdominal et vaginal.*** — Cette pratique, qui était d'un usage assez courant autrefois, tend actuellement à être de moins en moins employée. On peut faire soit un drainage abdomino-vaginal avec un gros tube de caoutchouc allant de la plaie opératoire jusque dans le vagin, soit un drainage distinct par la voie basse et la voie haute. On n'aura

recours à ce procédé que dans des cas particulièrement septiques, lorsqu'on jugera indispensable d'assurer au pus ou aux sérosités un écoulement large et facile.

B. — Traitement post-opératoire chez les malades drainées.

Cette question a une importancetrès grande. Pour qu'un drainage donne tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre, il faut qu'il soit étroitement surveillé, modifié s'il est nécessaire, et supprimé à temps, ni trop tôt, ni trop tard.

La pratique variera évidemment, suivant qu'il s'agira d'un drainage abdominal ou vaginal.

1° ***Drainage vaginal*** — Nous aurons surtout en vue le drainage à la gaze qui nous paraît préférable au tube de caoutchouc. Voici quelle est la conduite que nous avons vue suivre dans le service de M. Pozzi. — L'opération terminée, l'aide commence par repérer avec un fil l'extrémité inférieure de la mèche iodoformée vaginale, puis il glisse au-dessous d'elle, un autre mèche, plus petite, qu'on laisse dans la partie basse du vagin et qui est destiner à recueillir les sérosités drainées par la mèche principale et à en faciliter l'écoulement. On place ensuite un pansement vulvaire. La petite mèche est changée tous les jours; la mèche principale est enlevée le cinquième jour, et on fait ensuite des pansements tous les deux jours jusqu'au douzième jour où l'on commence à donner des injections vaginales à basse pression. Il est important d'éviter que, dans les premiers jours après

l'opération, le pansement ne soit souillé par l'urine; il y aura avantage à sonder le malade pendant cette période.

2° ***Drainage abdominal*** — Dans ce mode de drainage, les soins devront être beaucoup plus attentifs encore que dans le drainage vaginal. C'est qu'en effet, les fautes commises pourraient entraîner des conséquences beaucoup plus sérieuses. — En principe, il conviendra de prolonger le drainage le moins longtemps posible et cela, afin d'éviter l'infection secondaire du trajet et de prévenir l'éventration. En règle générale, et dans les cas de gravité moyenne, la durée de drainage ne doit pas excéder quarante-huit heures. Au bout de ce temps, on retire les mèches, avec douceur et prudence et on panse à plat. — Dans ces conditions, la guérison complète n'est pas retardée, l'éventration n'est pas à redouter et la cicatrisation se fait, pour ainsi dire, par première intention. — Ce n'est que, dans les cas très sérieux, qu'il convient de prolonger le drainage pendant une durée plus longue, quatre, cinq jours, et même davantage. Dans ces circonstances, il conviendra de changer les matériaux de drainage, car à partir d'un certain moment, les mèches se saturent et elles forment bouchon, au lieu de faciliter l'écoulement des liquides. Si donc, on décide de prolonger le drainage, on devra enlever les mèches et les remplacer par un tube auquel on ajoutera, s'il est nécessaire, une petite mèche mince qui l'on parviendra assez facilement à introduire avec une pince de Lister. Cette pratique, est, nous le répétons, un pis aller, auquel on ne se résignera que dans les cas sérieux de suppurations pelviennes, quand il

se fait par l'orifice de drainage un écoulement purulent abondant dont il convient d'éviter la rétention, quand la fièvre persiste. C'est, qu'en effet, dans ce cas, la guérison sera longue, et l'on verra souvent persister pendant des semaines et même des mois, des fistules qu'il est extêmement difficile de tarir (1).

---

(1) Un certain nombre d'auteurs conseillent lorsqu'on a fait un drainage tubulaire, d'aspirer les jours suivants, au moyen d'une sonde introduite dans le tube et d'une seringue, les sérosités qui stagnent au fond du pelvis; nous considerons que cette manœuvre peut-être utile quand il y a une grande quantité de sang épanché (hématocèle), mais il vaut mieux s'en abstenir d'ordinaire, car, quelles que soient les précautions prises, elle expose toujours à l'infection secondaire du trajet.

III

Inconvénients du drainage. Incidents et accidents auxquels il peut donner lieu.

Le drainage, dans la laparotomie, n'est assurément pas une pratique idéale. C'est un procédé de nécessité qui comporte, comme tel, à côté d'avantages indiscutables, un certain nombre d'inconvénients. Quels sont ces inconvénients, dans quelle mesure sont-ils capables de donner lieu à des incidents ou à des accidents, c'est ce que nous allons maintenant étudier.

Parmi les simples inconvénients du drainage, on doit signaler au premier chef le retard qui en résulte pour la guérison et la douleur qu'entraînent les premiers pansements.

Pour ce qui est du retard dans la guérison, on peut dire que, pratiquement, ce retard n'existe pas dans les cas où le drainage est de courte durée et où on le supprime au bout de 48 heures, de trois jours tout au plus. Nous avons toujours vu les malades traitées de cette manière guérir dans des conditions normales et quitter l'hôpital aux environs du vingtième jour. Dans les cas plus complexes, où le drainage doit être maintenu durant un temps plus long, la

guérison est évidemment retardée, c'est un fait, mais on peut légitimement se demander si cette guérison même eût pu être obtenue, si l'on n'avait pas drainé. Et cela suffit à lever l'objection.

Pour ce qui est de la douleur occasionnée par les premiers pansements, il est évidemment pénible d'avoir à l'infliger aux malades, et c'est une des raisons pour lesquelles il convient de ne drainer qu'en cas d'absolue nécessité. On peut d'ailleurs réduire cette douleur dans de notables proportions, en prenant certaines précautions. On peut, à la manière des chirurgiens américains, entourer la mèche, dans la partie qui répond à la paroi abdominale, d'une lame de gutta-percha qui en facilite le glissement. Nous avons vu M. Bender employer toujours de longues mèches de gaze stérilisée qu'il pliait en deux, en forme d'U, l'extrémité repliée étant introduite dans le Douglas. En tirant sur l'un des chefs, on déroule très facilement la mèche, sans aucune violence et avec très peu de douleur pour le malade. Ce procédé est très recommandable. Lorsqu'on placera plusieurs mèches, il faudra les répérer soigneusement, en nouant un fil au niveau de leur extrémité libre, de manière à ne pas les confondre et à être sûr d'exercer la traction sur l'extrémité qui convient.

Arrivons maintenant aux accidents véritables. Ils ont une gravité très variable et certains peuvent être considérés comme sans grande importance.

Il arrive parfois, lorsque la malade crie ou fait des efforts violents au moment où l'on enlève le drainage, qu'un fragment d'épiploon vienne faire issue au dehors. Cela se produit rarement, mais c'est un

incident auquel il faut penser et que l'on doit prévoir. On n'enlèvera jamais un drainage sans avoir recouvert le ventre, au pourtour du drain, de compresses stérilisées. De cette manière si l'épiploon est attiré en même temps qu'une mèche, il ne sera pas souillé. Il suffira de le refouler avec une pince et l'incident n'aura pas d'autre suite.

On a vu parfois, surtout lorsque le drainage suinte abondamment, le catgut se dissoudre prématurément au niveau de la partie inférieure de la plaie et celle-ci se désunir sur une certaine étendue. C'est une complication ennuyeuse, qui retarde beaucoup la guérison et peut entraîner l'issue au dehors de l'intestin, ce qui nécessite une réintervention. Pour éviter cette désunion des plaies, M. Pozzi place toujours, au contact du drainage, à l'extrémité inférieure de la plaie, un point profond au fil d'argent ou au crin de Florence, qui enserre toute l'épaisseur de la paroi. On serre fortement ce point de suture et on établit ainsi une sorte de barrage entre le drainage et la suture pariétale, ce qui évite à peu près sûrement la dissolution prématurée du catgut.

Lorsque le drainage est trop serré, ou bien lorsque les mèches sont étranglées au niveau de la plaie, il peut en résulter la rétention en arrière, des produits septiques qui auraient dû être évacués. On s'en aperçoit à ce que le pansement est peu imbibé, à ce que la malade a le pouls un peu rapide et un peu de fièvre. Il y a lieu, dans ce cas, soit de supprimer le drainage capillaire et de le remplacer par un drain, soit de mobiliser simplement les mèches, en exerçant

de légères tractions, ce qui suffit souvent à rétablir l'écoulement des liquides.

L'accident de beaucoup le plus redoutable, chez les malades drainés est l'infection secondaire. On a signalé des accidents mortels, rares heureusement, mais il est certain que chez les malades drainées, les pansements devront être faits avec des précautions particulières. Et malgré tout, presque toujours, quand le drainage sera prolongé pendant quelque temps, on observera une suppuration du trajet, sans gravité le plus souvent, mais qui aura pour conséquence de retarder beaucoup la cicatrisation et de favoriser la production d'une de ces fistules abdominales qu'il est si difficile de guérir. On a accusé le drainage d'être la cause d'hémorragies à travers le trajet fistuleux et de fistules stercorales. Certes on a vu des cas où un drain tubulaire, maintenu longtemps au contact d'un vaisseau avait pu l'ulcérer et produire une hémorragie grave. On a vu des cas aussi où un drain, par le même mécanisme, avait déterminé une perforation de l'intestin. Mais ces accidents sont des malheurs imputables surtout à une faute de technique. On ne doit pas placer un drain rigide au contact d'un vaisseau ou de l'intestin; et d'ailleurs, ces accidents isolés n'entachent pas la valeur d'une méthode.

Il en est de même des occlusions intestinales signalées parfois et dont quelques unes étaient très nettement attribuables au drainage.

Reste enfin la question de l'éventration. — Il n'est pas douteux que le fait de laisser une partie de la plaie abdominale sans réunion constitue une cause prédisposante à l'éventration post opératoire. — Il y a évi-

demment, au niveau du point où passaient les mèches ou le tube un point de moindre résistance où les aponévroses, qui constituent la partie résistante de la paroi abdominale se sont moins exactement accolées. Cela est surtout vrai pour les drainages à la Mikuliez, qui laissent dans la paroi une brèche assez large. On a donné, à propos de la fréquence de ces éventrations, des chiffres assez variables, allant de 8 à 10 p. 100 des cas jusqu'à 48, 4 p. 100, dans une série de tamponnements à la Mikuliez (Peachler). — Il est certain que la proportion de ces éventrations ne tient pas toujours seulement au drainage, mais aussi à la façon dont est faite la suture pariétale. Avec une bonne suture en trois plans, consolidée par deux ou trois fils de soutien profonds, on obtient généralement une cicatrice très solide, et la proportion des éventrations chez les malades drainées, ne dépasse pas dans le service de M. Pozzi, 3 à 4 p. 100.

Dans les pages qui précèdent nous avons discuté les indications et les contre-indications du drainage dans les laparotomies gynécologiques; nous en avons exposé la technique, qui diffère suivant la nature de l'intervention pratiquée; nous avons signalé les inconvénients qu'il présente, les incidents ou accidents auxquels il est susceptible de donner lieu.

Le moment est venu de formuler des conclusions et de préciser dans quelle mesure l'emploi d'un drainage bien fait est appelé à rendre des services.

Nous le répétons, une fois de plus, le drainage n'est et ne doit être qu'un pis-aller, une méthode d'exception. — Il faut se pénétrer de ce principe, et s'efforcer toujours d'éviter de drainer, en tâchant de réaliser une asepsie aussi complète que possible et de faire une opération précise, une bonne hémostase et une péritonisation complète. Dans toutes les opérations où ces opérations se trouveront réunies, le drainage sera formellement contre-indiqué. On ne devra jamais drainer après une laparotomie pour un kyste de l'ovaire mobile, pour un fibrome libre et sans adhérences.

En revanche, on drainera toujours, à notre avis, dans les cas de suppurations pelviennes graves, où le pelvis est couvert de fausses membranes septiques et cruenté par suite de la dilacération des adhérences. Nous refusons absolument de suivre en pareil cas la pratique d'Olshausen qui ne draine jamais, et nous avons la conviction absolue que plusieurs malades, gravement atteints et que nous avons vu guérir, ont guéri parce qu'elles étaient drainées.

Tels sont les circonstances dans lesquels, d'après nous, le doute ne saurait exister. Mais, entre ces cas extrêmes, qui comportent une règle pour ainsi dire absolue, il en est, et d'assez nombreux, dans lesquels l'hésitation est permise. L'opération peut avoir été terminée dans d'assez bonnes conditions, mais il persiste en un point un suintement très léger, presque imperceptible ; et l'on hésite à enfouir sous un repli péritonéal la surface escoriée, de peur de voir se produire un hématome.

Une autre fois, on aura ouvert, en enlevant un

annexite pourtant bien refroidie, un petit abcès dont le pus est probablement, mais peu sûrement stérile. — Dans tous ces cas, et ils seront encore assez nombreux dans la pratique, nous croyons que le drainage donne une garantie de sécurité très grande, et nous nous en tiendrons à la règle que nous avons maintes fois entendu formuler par M. Pozzi, à savoir que : « quand on hésite à drainer, il faut toujours drainer ».

Ce drainage capillaire, au moyen d'une ou de deux mèches, ne retardera pas la guérison. Et il aura parfois pour avantage de nous permettre de faire une opération conservatrice. Nous avons vu plusieurs fois M. Pozzi, en présence de rétroversions adhérentes déterminées par une annexite, enlever une annexe malade, et trouvant l'autre à peu près saine, décider de la conserver ainsi que l'utérus, s'il s'agissait d'une femme jeune. Et pour assurer l'hémostase de la face postérieure de l'utérus, toujours saignante, il la cautérisait au thermo, souvent sur une large étendue. — Il eut été dangereux, sans aucun doute, de refermer en pareil cas le péritoine ; on drainait avec deux mèches, et toutes les malades ainsi traitées ont guéri. Si l'on avait voulu ne pas drainer, il eût, sans aucun doute fallu faire l'hystérectomie.

Et si nous nous en rapportons à la période comprise dans le cours des cinq dernières années la proportion des malades drainées dans le service de M. Pozzi a été de 15 à 20 p. 100 environ. Cette proportion, relativement considérable, s'explique par le grand nombre de suppurations pelviennes qui y sont opérées annuellement. On est en droit d'espérer que les progrès incessants de la technique opératoire

permettront encore de restreindre dans l'avenir les indications du drainage, mais il nous semblerait téméraire de proscrire, dès aujourd'hui, une pratique à laquelle nombre de malades ont dû et devront sans doute encore la vie.

IV

CONCLUSIONS.

I. Dans les laparotomies gynécologiques, le drainage ne doit pas être la règle, mais l'exception. On doit s'efforcer sans cesse d'en restreindre, l'emploi en faisant une opération nette et précise, en évitant avec soin tout délabrement inutile, en faisant une bonne péritonisation.

II. Le drainage préventif n'est pas défendable. On ne doit jamais drainé après une laparotomie faite par des lésions aseptiques (fibrome, kyste de l'ovaire, etc.), à moins que n'existent des surfaces dépéritonisées qui sont le siège d'une hémorragie capillaire dont on ne peut se rendre complètement maître.

III. Dans les suppurations pelviennes, lorsque le péritoine a été souillé de pus ou qu'il reste des débris de tissus morbides adhérents et qu'il est impossible d'enlever, le drainage apparaît comme nécessaire, car on ne peut préjuger de la septicité ou de la non-septicité de ces débris et les inconvénients d'un drainage de courte durée ne sont pas en rapport avec les avantages que la malade peut en retirer.

IV. Entre les cas, où le drainage s'impose et ceux où il est contre-indiqué, il existe une série de cas intermédiaires où l'on peut rester hésitant; dans ces cas, la conduite à suivre nous paraît devoir être celle que conseille M. Pozzi, à savoir que : quand on hésite à drainer, il faut toujours drainer.

Vu : le président de thèse,
PINARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD